

Enero de 2005



**Una guía a Basic
Health *Plus* y al
Programa de
beneficios de
maternidad**

Administración de Asistencia Médica de
DSHS y Basic Health

Si tiene preguntas, llame a la línea de ayuda de Asistencia Médica de DSHS al 1-800-562-3022.

El número TTY/TDD es 1-800-848-5429 (para personas con dificultades auditivas o del habla).

Números telefónicos del plan de salud y sitios en la red

Nombre del plan de salud	Horario de servicio al cliente	Números telefónicos del servicio al cliente	Dirección del sitio en la red
Columbia United Providers, Inc.	Lun. – Vie. 8 a.m. – 5 p.m.	1-800-315-7862 ó 360-891-1520 TDD: 1-866-287-9962	www.cuphealth.com
Community Health Plan of Washington	Lun. – Vie. 8 a.m. – 6 p.m.	1-800-440-1561 TTY: 1-800-833-6388	www.chpw.org
Group Health Cooperative	Lun. – Vie. 8 a.m. – 5 p.m.	1-888-901-4636 TTY: 1-800-833-6388	www.ghc.org
Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest	Lun. – Vie. 8 a.m. – 6 p.m.	1-800-813-2000 TTY: 1-800-735-2900	www.kp.org
Molina Healthcare of Washington, Inc.	Lun. – Vie. 7:30 a.m. – 6 p.m.	1-800-869-7165 TTY: 1-877-665-4629	www.molinahealthcare.com/washington

¿Tiene preguntas? Llame a la línea de ayuda de Asistencia Médica de DSHS al 1-800-562-3022.

If this information is not in English, please call 1-800-660-9840. The TTY/TDD line is 1-888-923-5622 (only for people who have difficulties with hearing or speech; your phone must be equipped to use this line).

ENGLISH

ይህ መረጃ በእግርኛ ካልተጻፈ፣ 1-800-660-9840 ይደውሉ። የ TTY/TDD መስመር 1-888-923-5622 ነው (የመስማት ወይም የመናገር ችግር ላላቸው ሰዎች ብቻ። ይህንን መስመር ለመጠቀም፣ ቴሌፎንዎ አስፈላጊውን መሳሪያ እንዲኖረው ያስፈልጋል)።

AMHARIC

ህዝብ ጥያቄዎን ለማቅረብ ወይንም ለማግኘት ለማድረግ 1-800-660-9840 ላይ ወይንም TTY/TDD ስልክ 1-888-923-5622 (ለሰዎች ለማግኘት ወይም ለመናገር ችግር ላላቸው ሰዎች ብቻ) ላይ ይደውሉ። ይህንን መስመር ለመጠቀም፣ ቴሌፎንዎ ለመጠቀም የሚያስፈልጉትን መሳሪያዎች እንዲኖሩ ያስፈልጋል።

CAMBODIAN

若此資訊不是中文，請電 1-800-660-9840。聾啞人士 TTY/TDD 專線，號碼是 1-888-923-5622（僅供有聽力和語言障礙的人士使用；要使用這一專線，您的電話機必須有專門的設備）。

CHINESE

اگر این اطلاعات به زبان فارسی نیست، لطفاً با شماره 1-800-660-9840 تماس بگیرید. شماره تلفن 1-888-923-5622 برای استفاده خط TTY/TDD میباشد (تنها برای افرادی که مشکل شنوائی یا تکلم دارند، تلفن شما باید با دستگاه مخصوص مجهز باشد)

FARSI

Yog cov ntaub ntawv no tsis muaj ntawv Hmoob, thov hu xovtooj rau 1-800-660-9840. Tus xovtooj rau TTY/TDD yog 1-888-923-5622 (tus xovtooj no yog rau cov uas nws muaj teeb meem tsis hnov lus lossis muaj teeb meem txog ntawm kev hais lus; koj yuav tsum siv lub xovtooj uas ntaus tau rau yam no).

HMONG

No daytoy nga Impormasyon wenno pakaammo ket saan a naisurat ti llokano, pangngaasim ta awagam ti numero 1-800-660-9840. Ti makunkuna a TTY/TDD a linya ti telepono ket 1-888-923-5622 (para kadagiti tattao nga marigatan wenno nakapsut ti pinagdengnggeg da wenno pinagsao da; dayta teleponom ket masapul nga maaddaan ti aparato nga kasta tapno mausar dayta a linya.)

ILOCANO

해당 정보가 한국어로 제공되지 않았으면 1-800-660-9840 로 전화주십시오. TTY/TDD라인은 1-888-923-5622입니다(이 라인은 청각 및 언어장애자 전용임으로 그에 필요한 설비가 갖추어 있어야지만 사용할 수 있습니다).

KOREAN

ຖ້າຂໍ້ມູນນີ້ບໍ່ແມ່ນພາສາລາວ, ໃຫ້ໂທ 1-800-660-9840. ສາຍໂທເສັ້ນສຽງອົງຄະທຸກໆແມ່ນ 1-888-923-5622 (ສະເພາະ ແຕ່ຜູ້ມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກດ້ານການໄດ້ຍິນ ຫລື ປາກເວົ້າ; ໂທສະສັບຂອງທ່ານຈະຕ້ອງປະກອບເຄື່ອງສໍາຮັບໂທສາຍນີ້ໂດຍສະເພາະ).

LAOTIAN

Yoo Odeeffannoon kun Afaan Oromootin miti ta'e lakkofsa 1-800-660-9840 bilbila. Lakkofsi bilbila [TTY/TDD] 1-888-923-5622 dha (kun kan fayyadu warra dhibee dhagahuf dubbachu qaban qofa; itti bilbilufis bilbilli keessan meesha addaa isa barbaachisa).

OROMO

ਜੇ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿਚ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-660-9840 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। TTY/TDD ਲਾਈਨ ਦਾ ਨੰਬਰ 1-888-923-5622 ਹੈ (ਇਹ ਲਾਈਨ ਕੇਵਲ ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸੁਣਨ ਜਾਂ ਬੋਲਣ ਵਿਚ ਕਠਨਾਈ ਹੁੰਦੀ ਹੈ; ਇਸ ਲਾਈਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਫੋਨ ਵਿਚ ਖਾਸ ਸਾਜ਼-ਸਮਾਨ ਲੱਗਿਆ ਹੋਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ)।

PUNJABI

¿Tiene preguntas? Llame a la línea de ayuda de Asistencia Médica de DSHS al 1-800-562-3022.

Dacă aceste informații nu sunt în limba română, vă rugăm să telefonați la 1-800-660-9840. Numărul de telefon pentru persoanele cu deficiențe de vorbire sau de auz este 1-888-923-5622 (pentru a folosi această linie telefonică, telefonul dvs. trebuie să fie dotat cu un dispozitiv special).

ROMANIAN

Если данная информация не представлена на русском языке, пожалуйста, позвоните по телефону 1-800-660-9840. Телефонная линия службы ТТТ/ТТД: 1-888-923-5622 (только для лиц с нарушениями слуха или речи; чтобы работать с этой линией, ваш телефон должен быть оснащен специальным оборудованием).

RUSSIAN

Afai e le fa'aSamoaina ia upu fa'ailoa, fa'amolemole vala'au ile 1-800-660-9840. Ole TTY/TDD laini e 1-888-923-5622 (mo tagata e leaga latou fa'alogo po'o le tautala, o lau telefoni e tatau ona aoga mo lea ituaiga laini).

SAMOAN

Ako ove informacije nisu na srpskohrvatskom, nazovite 1-800-660-9840. TTY/TDD linija je 1-888-923-5622 (samo za ljude koji imaju poteškoće sa sluhom ili govorom; vaš telefon mora biti opremljen za korištenje ove linije).

SERBO-CROATIAN

Haddii warkanu uusan ku qorneyn af Soomaali, fadlan wac 1-800-660-9840. Khadka TTY/TDD waa 1-888-923-5622 (waxaana loogu talagalay oo keliya dadka xagga maqalka iyo hadalka dhibaataada ka qaba; telefoonkaagu waa inuu u qalabaysan yahay si aad u isticmaasho khadkan).

SOMALI

Si esta información no está en español, llame al 1-800-660-9840. La línea TTY/TDD es 1-888-923-5622 (solamente para personas con dificultades auditivas o del habla; su teléfono debe estar equipado para el uso de esta línea).

SPANISH

Kung ang impormasyon na ito ay hindi nasa Tagalog, mangyaring tumawag sa 1-800-660-9840. Ang linya ng TTY/TDD ay 1-888-923-5622 (para lamang sa mga taong may kahirapan sa pandinig o pagsasalita; ang inyong telepono ay kailangang naangkop upang magamit itong linyang ito).

TAGALOG

እዚ መረጃ እታ ብትግርኛ ተጻሒፉ እንተዘይረኺብካዮ፣ 1-800-660-9840 ደውል። ናይ TTY/TDD መስመር 1-888-923-5622 እዩ (ናይ ምስማዕ ወይ ምዝራብ ጸገም ንዘለዎም ሰባት ጥራሕ እዩ። በዚ መስመር ንክትጥቀም፣ ቴሌፎንካ ፍሉይ ዝኾነ መሳርሒ ክህልዎ ይግባእ)።

TIGRIGNA

Якщо ця інформація не на українській мові, будь ласка телефонуйте за номером 1-800-660-9840. Телефон лінії ТТТ/ТТД: 1-888-923-5622 (тільки для тих людей, які мають послаблений слух чи дефекти мовлення). Для того, щоб ви могли користуватися цією лінією, до вашого телефона мусить бути підключене спеціальне обладнання).

UKRAINIAN

Nếu những tin tức này không phải bằng tiếng Việt, xin gọi số 1-800-660-9840. Đường dây dành cho TTY/TDD là 1-888-923-5622 (chỉ dành cho người bị lãng tai hoặc bị trở ngại về nói; điện thoại của quý vị phải được trang bị để có thể dùng đường dây này).

VIETNAMESE

¿Tiene preguntas? Llame a la línea de ayuda de Asistencia Médica de DSHS al 1-800-562-3022.

Índice

	Página
¿Qué es Basic Health <i>Plus</i> ?	1
¿Qué es el Programa de beneficios de maternidad?	1
¿Tiene que estar en un plan de salud?	1
¿Cómo obtiene su atención de cuidado a la salud?	1
Información sobre planes de atención a la salud administrados	2
Tarjeta de identificación médica de DSHS	3
Tarjeta de identificación del plan de salud	3
Beneficios y servicios cubiertos	4
Beneficios y servicios cubiertos por los planes de salud y otras agencias	4
Beneficios y servicios cubiertos solamente con la tarjeta de identificación de DSHS	5
Beneficios y servicios NO cubiertos por DSHS o los planes de salud	5
Atención médica y de emergencia mientras se encuentra lejos de casa	6
Directivas anticipadas	6
Atención a la salud para mujeres	6
Chequeos de rutina para niños/evaluaciones tempranas y periódicas, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)	6
Sus derechos y responsabilidades	7
¿Qué sucede si estuviera insatisfecho con la cobertura de atención a la salud?	8
Cambio en la manera en que recibe su atención de cuidado a la salud	9
Opciones de atención a la salud para indígenas americanos y nativos de Alaska	10

Para más información, visite el sitio en la red de Asistencia Médica en maa.dshs.wa.gov
o en el sitio en la red de Basic Health en www.basichhealth.hca.wa.gov.

Para encontrar doctores, proveedores médicos y los planes de salud a los que estos pertenecen,
visite el sitio en la red de IPND en maa.dshs.wa.gov/ipndweb.

**¿Tiene preguntas? Llame a la línea de ayuda de Asistencia Médica
de DSHS al 1-800-562-3022.**

Para obtener este documento en otro formato (como por ejemplo Braille o audio), llame a nuestro Coordinador de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) al 360-923-2805. Los usuarios de TTY (sordos, personas con dificultades de audición o impedidos del habla) llamen al 360-923-2701 o sin cargo al 1-888-923-5622.

¿Tiene preguntas? Llame a la línea de ayuda de Asistencia Médica de DSHS al 1-800-562-3022.

¿Qué es Basic Health *Plus*?

Basic Health *Plus* es un programa de Medicaid para menores de 19 años de edad en hogares de bajos ingresos que son miembros de Basic Health y satisfacen las pautas de elegibilidad para Medicaid. Este programa le permite obtener servicios adicionales, como dentales y para anteojos no cubiertos por Basic Health. El Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) determina la elegibilidad para Basic Health *Plus*. Si usted es elegible para Basic Health *Plus*, DSHS le enviará cartas y una tarjeta de identificación médica mensualmente (ver página 3). Basic Health le enviará información relacionada con su plan de atención a la salud administrado.

¿Qué es el Programa de beneficios de maternidad?

El Programa de beneficios de maternidad es un programa de Medicaid para mujeres embarazadas miembros de Basic Health y que satisfacen las pautas de elegibilidad para Medicaid. Este programa también le permite obtener servicios adicionales, como dentales y para anteojos, no cubiertos por Basic Health. Si está embarazada, llame a Basic Health al 1-800-321-0291 para obtener una solicitud para el Programa de beneficios de maternidad. DSHS determina la elegibilidad para este programa, así como para Basic Health *Plus*. Si usted es elegible para el Programa de beneficios de maternidad, DSHS le enviará cartas y una tarjeta de identificación médica mensualmente (ver página 3).

¿Tiene que estar en un plan de salud?

Como miembro de Basic Health *Plus* o del Programa de beneficios de maternidad usted debe estar en un plan de atención a la salud administrado de Basic Health (ver página 2 para información acerca de los planes de atención a la salud administrados). Sin embargo, podría optar por inscribirse en otro programa de DSHS, como ser Healthy Options, en el cual podría tener diferentes opciones de planes de salud. Llame al 1-800-562-3022 para más detalles.

¿Cómo obtiene su atención de cuidado a la salud?

Una vez que se aprueba su solicitud para Basic Health *Plus* o el Programa de beneficios de maternidad, usted deberá elegir un plan de atención a la salud administrado. Esto podría tomar tiempo, por lo tanto, hasta que se inscriba en un plan de atención a la salud administrado, deberá recibir la atención médica utilizando su tarjeta de identificación médica de DSHS. Recién cuando esté inscrito en un plan de atención a la salud administrado, usted será oficialmente un cliente de Basic Health *Plus* o del Programa de beneficios de maternidad. Debido a que Basic Health *Plus* o el Programa de beneficios de maternidad son programas de Medicaid, usted será elegible para recibir beneficios adicionales pagados por DSHS, según se explica en la página 5.

Información sobre planes de atención a la salud administrados

¿Deben estar todos en su familia en el mismo plan de salud?

Sí. Si están inscritos en Basic Health, Basic Health *Plus*, o el Programa de beneficios de maternidad a través de Basic Health, todos los miembros de la familia deben estar en el mismo plan de salud. Sin embargo, existen otras opciones. Éstas incluyen niños con necesidades de atención a la salud especiales y familias con miembros que son indígenas americanos o nativos de Alaska. Llame a la línea de ayuda de Asistencia Médica al 1-800-562-3022 para información específica acerca de estas excepciones (ver página 10 para mayor información).

¿Cuándo pertenece a un plan de salud, ¿puede concurrir a cualquier doctor u hospital de su elección?

No. Cada plan de salud tiene ciertos doctores y proveedores médicos que usted debe utilizar. La mayoría de los planes, también, cuentan con algunos hospitales y farmacias que usted debe usar. Los hospitales que puede usar cuando pertenece a un plan de salud, dependen también de los hospitales que usa su doctor. Comuníquese a la línea de servicio al cliente de su plan para más información acerca de sus doctores, hospitales y farmacias.

¿Se encargará un solo profesional de atención a la salud de todas sus necesidades médicas?

Sí. Usted concurrirá a un profesional de atención médica, doctor, enfermera titulada o asistente médico, llamado un Proveedor Principal de Cuidados (PCP), para la mayoría de su atención médica. Si necesita atención de un especialista, su PCP le ayudará a encontrar el especialista adecuado y le otorgará una derivación.

¿Puede usted y otras personas que figuran en su tarjeta de identificación médica tener diferentes PCP?

Sí. A pesar de que usted y su familia deben estar en el mismo plan de salud, pueden tener diferentes PCP. Por supuesto, todos los PCP deben trabajar con su plan de salud.

¿Qué es tarifa-por-servicio?

Tarifa-por-servicio significa que puede concurrir a cualquier doctor que acepte su tarjeta de identificación médica de DSHS y que facture a DSHS por el costo de su atención. Debido a que Basic Health *Plus* o el Programa de beneficios de maternidad son programas de Medicaid, DSHS pagará por ciertos servicios; como atención dental y anteojos, por los que su plan de salud no pagaría. Puede encontrar una lista de estos servicios en la página 5. Recuerde – no siempre es fácil encontrar proveedores que acepten su tarjeta de identificación médica de DSHS y que facturen a DSHS por la atención que le brindaron.

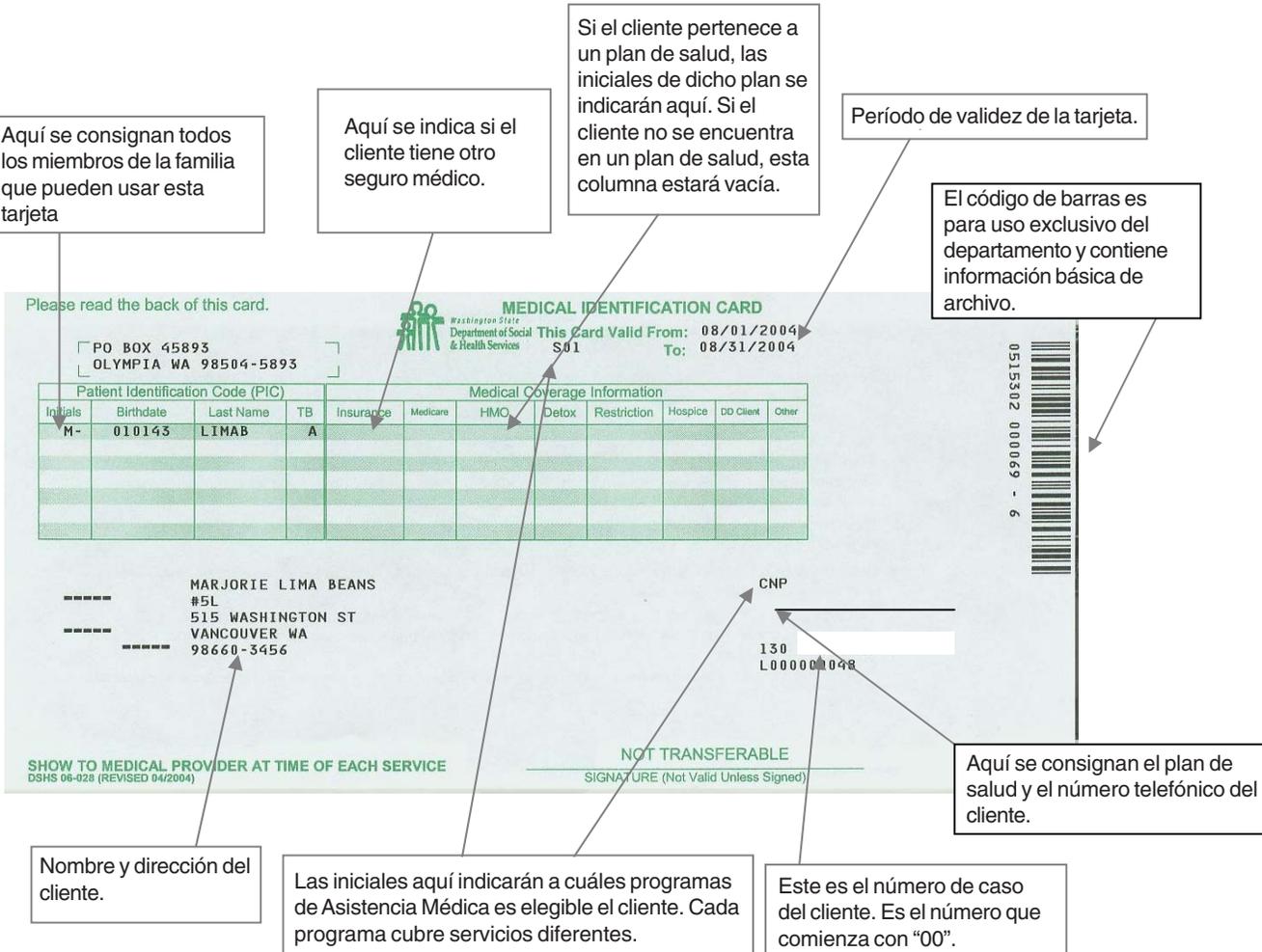
CONSEJO

Una manera de encontrar proveedores que pertenezcan a planes de atención a la salud administrados, es buscar en el directorio de proveedores en maa.dshs.wa.gov/ipndweb.

¿Tiene preguntas? Llame a la línea de ayuda de Asistencia Médica de DSHS al 1-800-562-3022.

Tarjeta de identificación médica de DSHS

Los miembros de Basic Health *Plus* o del Programa de beneficios de maternidad recibirán todos los meses una nueva tarjeta de identificación médica de DSHS. Su tarjeta de identificación médica le indica a los doctores y otros proveedores de atención médica los servicios médicos que usted puede recibir. Revísela todos los meses para cerciorarse de que la información contenida es correcta. Por ejemplo, asegúrese de que su nombre, domicilio y su plan de atención a la salud administrado, del cual recibe atención, sean correctos. Deberá enseñar su tarjeta de identificación médica *cada vez* que reciba atención o servicios médicos y al obtener los medicamentos recetados.



Callouts:

- Aquí se consignan todos los miembros de la familia que pueden usar esta tarjeta
- Aquí se indica si el cliente tiene otro seguro médico.
- Si el cliente pertenece a un plan de salud, las iniciales de dicho plan se indicarán aquí. Si el cliente no se encuentra en un plan de salud, esta columna estará vacía.
- Período de validez de la tarjeta.
- El código de barras es para uso exclusivo del departamento y contiene información básica de archivo.
- Aquí se consignan el plan de salud y el número telefónico del cliente.
- Este es el número de caso del cliente. Es el número que comienza con "00".
- Las iniciales aquí indicarán a cuáles programas de Asistencia Médica es elegible el cliente. Cada programa cubre servicios diferentes.
- Nombre y dirección del cliente.

Card Fields:

PO BOX 45893
OLYMPIA WA 98504-5893

Washington State Department of Social & Health Services
This Card Valid From: 08/01/2004 To: 08/31/2004
S01

Patient Identification Code (PIC)				Medical Coverage Information							
Initials	Birthdate	Last Name	TB	Insurance	Medicare	HMO	Detox	Restriction	Hospice	DD Client	Other
M-	010143	LIMAB	A								

MARJORIE LIMA BEANS
#5L
515 WASHINGTON ST
VANCOUVER WA
98660-3456

CNP
130
L 000000048

0515502 000069 - 6

SHOW TO MEDICAL PROVIDER AT TIME OF EACH SERVICE
DSHS 06-028 (REVISED 04/2004)

NOT TRANSFERABLE
SIGNATURE (Not Valid Unless Signed)

Tarjeta de identificación del plan de salud

Si está inscrito en un plan de atención a la salud administrado, también recibirá una tarjeta de identificación del plan de salud. Como miembro de Basic Health *Plus* o del Programa de beneficios de maternidad necesitará su tarjeta de identificación médica de DSHS y su tarjeta de identificación del plan de salud para citas médicas y medicamentos recetados. Si necesita atención antes de recibir su tarjeta del plan, llame al plan de salud que se consigna en su tarjeta de identificación médica de DSHS.

¿Tiene preguntas? Llame a la línea de ayuda de Asistencia Médica de DSHS al 1-800-562-3022.

Beneficios y servicios cubiertos

Medicaid cubre estos beneficios y servicios si usted pertenece a un plan de salud o a tarifa-por-servicio.

Si escoge un plan de salud, éste le enviará más información sobre lo que cubre y su PCP le ayudará a obtener la atención que necesita. Puede obtener estos servicios cuando sea necesario. Los planes de salud podrían cubrir más servicios que los consignados abajo y pudieran requerirle que obtenga una derivación (aprobación) para recibir servicios médicos. Para mayor información, llame a la línea de servicio al cliente del plan de salud.

- Ambulancia
- Sangre y productos hematológicos
- Atención quiropráctica para niños - *solamente cuando fuera derivado de un examen de rutina para niños*
- Diálisis
- Exámenes de la vista
- Planificación familiar
- Educación para diabetes y enfermedades cardíacas
- Servicios de atención en el hogar y de hospicio
- Atención hospitalaria (incluyendo servicios para pacientes internos y externos)
- Inmunizaciones (inyecciones)
- Servicios de laboratorio y radiología
- Atención a la maternidad y atención a la salud para mujeres - *tiene que atenderse con un proveedor de atención a la salud del plan que escoja*
- Suministros y aparatología médica
- Servicios de salud mental - *para información comuníquese con su plan de salud*
- Visitas al consultorio
- Terapia de oxígeno/respiratoria
- Farmacia/recetas - *verifique la lista de medicamentos de su plan*
- Terapia física, ocupacional y del habla
- Dejar de fumar para mujeres embarazadas
- Atención especializada - *cundo sea derivado por su PCP*
- Cirugía en hospital o en un centro de cirugía ambulatoria
- Transplantes de tejidos y órganos
- Atención de emergencia
- Chequeos de rutina para niños/Evaluaciones Tempranas y Periódicas, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT)

Beneficios y servicios cubiertos por los planes de salud u otras agencias estatales

Usted puede obtener los siguientes beneficios y servicios de su plan de salud o puede acudir directamente al departamento de salud o clínica de planificación familiar de su localidad para obtener dichos servicios.

- Servicios de planificación familiar y control anticonceptivo
- Análisis de HIV y SIDA
- Inmunizaciones (inyecciones)
- Tratamiento y atención de seguimiento de enfermedades de transmisión sexual
- Análisis de tuberculosis y atención de seguimiento
- Programa para mujeres, infantes y niños (WIC) (Nota: **Sólo** puede acceder al programa WIC a través del departamento de salud local)

¿Tiene preguntas? Llame a la línea de ayuda de Asistencia Médica de DSHS al 1-800-562-3022.

Algunos beneficios SÓLO están cubiertos por su tarjeta de identificación médica de DSHS y no están cubiertos por los planes de salud

Los siguientes beneficios y servicios están cubiertos por DSHS. Su plan de salud no pagará por estos servicios. Usted **debe** usar su tarjeta de identificación médica de DSHS para recibir estos servicios y encontrar un proveedor que facture a DSHS por los cargos. Algunos de estos servicios están disponibles a través del centro de salud mental comunitario, el departamento de salud o clínica de planificación familiar de su localidad.

- Atención odontológica con limitados aparatos ortodónticos
- Anteojos y servicios de ajuste
- Servicios de First Steps incluyendo: Servicios de apoyo a la maternidad y administración de caso para niños
- Asesoramiento en genética (sólo prenatal)
- Audífonos
- Servicios de intérprete para visitas médicas
- Servicios de salud mental (atención psiquiátrica como paciente interno; servicios en centros de salud mental comunitarios como paciente ambulatorio y administración de medicamentos)
- Servicio de desarrollo neurológico en centros aprobados por DSHS
- Servicios médicos escolares para estudiantes con necesidades especiales
- Esterilizaciones a menores de 21 años
- Servicios de abuso de sustancias, incluyendo desintoxicación de alcohol y drogas
- Transporte, que no sea en ambulancia, desde y hacia las citas médicas
- Abortos voluntarios

Tome Nota: Asegúrese de que el proveedor obtenga aprobación previa de Asistencia Médica para que usted no reciba una factura.

Beneficios y servicios NO cubiertos por DSHS o los planes de salud

Algunos beneficios y servicios no están cubiertos por los planes de salud o por DSHS. Si recibe estos servicios, probablemente deberá pagarlos usted mismo. Para mayor información llame a la línea de servicios al cliente de su plan o a la línea de ayuda de Asistencia Médica.

- Servicios ordenados por el tribunal
- Diagnóstico y tratamiento de infertilidad, impotencia, y disfunción sexual
- Tratamiento o servicios experimentales y de investigación
- Inmunizaciones para viajar al extranjero
- Exámenes médicos para la discapacidad del seguro social
- Servicios médicos en prisión
- Cuidados ortópticos (entrenamiento visual) por condiciones oculares
- Artículos de comodidad personal
- Exámenes físicos para empleos, seguros o licencias
- Cirugía plástica por razones cosmetológicas
- Reversión de cirugía voluntaria de esterilización

Si tuviera preguntas con respecto a un beneficio o servicio que no figure aquí, llame al 1-800-562-3022

¿Tiene preguntas? Llame a la línea de ayuda de Asistencia Médica de DSHS al 1-800-562-3022.

Atención médica y de emergencias mientras se encuentra lejos de casa

Atención de emergencia

Una emergencia es cuando alguien cree tener un problema médico serio y requiere de atención inmediata—cuando hay peligro de muerte o de incapacidad si no se obtiene atención inmediata. Si cree estar en una emergencia en cualquier lugar, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencia.

Atención médica mientras se encuentra lejos de casa

Si no cree estar en una emergencia, pero necesita ver a un doctor mientras se encuentra lejos de su hogar, llame a su proveedor principal de cuidados o a su plan de salud y ellos le ayudarán a obtener la atención que necesita.

Directivas anticipadas

En algunos casos usted no puede tomar decisiones médicas sobre su atención; es buena idea hacer saber sus deseos con antelación. Esto generalmente se hace a través de las directivas anticipadas. Existen dos tipos de directivas anticipadas:

1. Carta duradera de personería para cuidado a la salud

Designa a otra persona para que tome decisiones médicas por usted si es que usted está imposibilitado de hacerlo.

2. Instrucciones a los médicos (testamento en vida)

Esta es una declaración escrita dirigida a sus médicos indicando que desea morir de manera natural y no desea someterse a tratamientos que prolonguen su vida.

Si tienen preguntas relacionadas con las directivas anticipadas, comuníquese a la línea de servicio al cliente de su plan de salud.

Atención a la salud para mujeres

La ley del estado de Washington permite que las mujeres inscritas en un plan de atención a la salud administrado visiten a un especialista de salud femenina dentro de la red de proveedores del plan de salud sin una derivación de su proveedor principal de cuidados. Si tiene preguntas sobre cómo acceder a la atención a la salud para mujeres, comuníquese a la línea de servicio al cliente de su plan de salud.

Chequeos de rutina para niños/ evaluaciones tempranas y periódicas, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)

Los chequeos de rutina/EPSDT para niños y jóvenes menores de 21 años, incluyen chequeos médicos regulares para asegurar que los niños y la gente joven reciben el cuidado preventivo que necesitan para detectar y tratar cualquier problema de salud en una etapa temprana. Estos chequeos (chequeos de rutina/ exámenes físicos) incluyen inmunizaciones (vacunas), historia completa de salud y desarrollo, pruebas de laboratorio, control de la vista, audición y dental/bucal, evaluaciones de salud mental y de abuso de sustancias. Si su hijo está inscrito en un plan de salud de Basic Health *Plus*, llame al proveedor principal de cuidados del menor para concertar una cita.

¿Tiene preguntas? Llame a la línea de ayuda de Asistencia Médica de DSHS al 1-800-562-3022.

Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a:

- Ayudar a tomar decisiones sobre su cuidado a la salud
- Una segunda opinión de otro proveedor si usted no está de acuerdo con el plan de atención de su PCR. Llame a su plan de salud para averiguar cómo obtener una segunda opinión.
- Obtener información sobre:
 - Su atención.
 - Su médico y cómo se realizan las derivaciones.
 - Cómo paga el plan de salud por la atención, incluyendo las visitas a especialistas y otros proveedores (llame a la línea de servicio al cliente de su plan de salud para pedir esta información).
 - Todas las opciones de atención y por qué recibe determinado tipo de cuidado.
 - Su plan de salud.
 - Servicios cubiertos.
- Recibir servicios de manera oportuna y tan cerca de su hogar como fuera posible.
- Ser tratado con respeto - Se prohíbe la discriminación en todos los programas y actividades. No se debe excluir a nadie por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad, religión, credo o incapacidad.
- Poder hablar con libertad sobre su atención a la salud y preocupaciones sin ningún resultado negativo.
- Mantener con carácter confidencial sus expedientes y la información relacionada con su atención.
- Solicitar copias de sus expedientes médicos y solicitar cambios cuando sea necesario.
- Presentar quejas y reclamos.

Usted tiene la responsabilidad de:

- Ayudar a tomar decisiones sobre su atención a la salud.
- Proporcionarle a sus doctores la mejor información que pueda acerca de su salud para que puedan ayudarle a recibir la atención que necesita.
- Seguir las indicaciones de su doctor sobre su atención a la salud.
- Conocer su plan de salud y los servicios que cubre.
- Usar los servicios de atención cuando los necesite.
- Cumplir con las citas y llegar a tiempo. Llamar a la oficina si está por llegar tarde o si tiene que cancelar la cita.
- Mostrarle a sus doctores el mismo respeto que usted espera de ellos.

¿Tiene preguntas? Llame a la línea de ayuda de Asistencia Médica de DSHS al 1-800-562-3022.

¿Qué sucede si estuviera insatisfecho con la cobertura de atención a la salud?

Si no está satisfecho con la atención que recibe, tiene derecho a:

- Conversar con su doctor sobre su preocupación. ¿Y si continúa insatisfecho?
 - Llame a su plan de salud para presentar un reclamo (su plan de salud le ayudará con esto).

Los reclamos son quejas acerca de los servicios, como por ejemplo:

- Un problema con el consultorio de su doctor;
- Recibir una factura de su doctor; o
- Cualquier otro problema que pudiera tener al recibir atención a la salud.

Su plan de salud tiene hasta 30 días para responder a su queja.

Cosas que debería saber si se le niegan los servicios—existen límites de tiempo.

Una **acción** es cuando su plan de salud le niega o cesa un servicio médico que usted o su doctor solicitaron. Su plan de salud le enviará una carta cuando una **acción** haya tomado lugar. Asimismo, le harán saber sobre sus derechos si usted o su doctor están en desacuerdo con la decisión del plan. Una vez que reciba una carta de negación, tiene 90 días para solicitar una apelación.

¿Es una urgencia? Para condiciones médicas de urgencia, su doctor puede solicitar una **revisión inmediata**. Su plan debe tomar una decisión con respecto a su caso dentro de 72 horas.

Una apelación es cuando usted o su doctor le solicitan al plan de salud que revise su caso debido a que usted está en desacuerdo con la acción. Tiene sólo 10 días para notificarle a su plan que usted quiere continuar recibiendo los servicios mientras toman una decisión. De lo contrario, el plan puede dejar de cubrir tal servicio. Su plan le deberá enviar una carta notificándole la decisión final dentro de 30

días. Si usted *aún* estuviera en desacuerdo, tiene 90 días para solicitarle a DSHS una audiencia imparcial.

Una audiencia imparcial es cuando usted le solicita a DSHS que revise su caso una vez que su plan le haya negado una apelación. Tiene derecho a que alguien (por ejemplo un abogado) lo ayude a presentar su caso en la audiencia imparcial. Para solicitarle a DSHS una audiencia imparcial, su plan debe haberle negado una apelación. Puede solicitar una audiencia imparcial enviando una carta a DSHS que detalle el servicio que se negó, la fecha en que se negó y por qué usted solicita una audiencia imparcial. También, cerciórese de proporcionarle a DSHS su nombre, domicilio y número telefónico. Puede enviar por fax su solicitud al (360) 664-8721 o envíela a:

Medical Assistance Administration - Office of Administrative Hearings
PO Box 42489, Olympia, WA 98504-2489

Una vez que haya apelado una audiencia imparcial, DSHS le enviará una carta con la decisión final en un período de 45 días. Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia imparcial, puede solicitarle a su plan una revisión a través de una Organización de Revisión Independiente (IRO). Una IRO es un grupo de doctores, que no trabajan para su plan de salud, que revisarán su caso. Tiene 60 días para llamar a su plan y solicitar una IRO.

Si no está satisfecho con la decisión de la IRO, puede solicitar que la Junta de Apelaciones de DSHS revise su caso. Para solicitar una revisión de la Junta de Apelaciones, envíe una carta a:

DSHS Board of Appeals, PO Box 45803, Olympia, WA 98504-5803

O llame al 1-877-351-0002 (solamente TTD al (360) 664-6178). Tiene solamente 21 días para solicitar una revisión de la Junta de Apelaciones de DSHS a partir de la fecha en que recibió la carta de decisión de la IRO.

Tome nota: Si continúa recibiendo un servicio durante cualquier etapa de la revisión y tal servicio continúa siendo negado, quizás deba pagar por dicho servicio.

¿Tiene preguntas? Llame a la línea de ayuda de Asistencia Médica de DSHS al 1-800-562-3022.

Cambio en la manera en que recibe su atención de cuidado a la salud

Como miembro de Basic Health *Plus* o del Programa de beneficios de maternidad, usted recibe atención a través del plan de salud en el condado donde vive. Para algunos miembros de Basic Health *Plus* o del Programa de beneficios de maternidad, obtener servicio a través de planes de atención a la salud administrados de Basic Health pudiera no ser la mejor opción.

Los miembros de Basic Health *Plus* o del Programa de beneficios de maternidad son también clientes de Medicaid. Como cliente de Medicaid puede optar por recibir su atención a la salud de algún programa de Medicaid de DSHS. Dependiendo de los planes de salud disponibles en su condado, pudiera escoger un plan de salud de cuidado administrado de Healthy Options o del programa tarifa-por-servicio, ambos de DSHS.

Usted puede optar por no participar en Basic Health—especialmente si usted o un miembro de su familia en Basic Health *Plus* o el Programa de beneficios de maternidad:

- **son indígenas americanos o nativos de Alaska** (Para mayor información ver página 10).
- **tienen otro seguro.** Llamar a la línea de ayuda de Coordinación de Beneficios de Asistencia Médica al 1-800-562-6136 con información sobre su otro seguro privado.
- **son niños con necesidades especiales de atención a la salud** y están recibiendo servicios a través del Programa de Niños con Necesidades Especiales de Atención a la Salud de su condado.
- **no tienen hogar,** y piensan que vivirán en un albergue o domicilio temporal por un período corto de tiempo (menos de cuatro meses).
- **están concurrendo a un doctor u otro proveedor médico que no pertenece a su plan de salud** y este médico nos diga las razones por las que necesitan seguir recibiendo sus servicios.
- **tienen dificultades auditivas** y desean ver a un doctor u otro proveedor médico que sepa lenguaje a señas y este médico no pertenece a su plan de salud.
- **no hablan bien inglés** y desean ver a un médico u otro proveedor médico que hable su idioma, y este médico no pertenece a su plan de salud.

Recuerde, debe llamar a la línea de ayuda de Asistencia Médica al 1-800-562-3022 si necesita cambiar la manera en que recibe atención a la salud.

Opciones de atención a la salud para indígenas americanos y nativos de Alaska

Si usted o un miembro de su familia es un indígena americano o nativo de Alaska, tienen tres opciones para recibir atención médica. Usted puede elegir:

1. **Basic Health o el plan de atención a la salud administrado Healthy Options**, si están disponibles en su condado y usted recibe su atención a la salud de un médico y otros proveedores que participan del plan.
2. **Administración de Caso para Atención Primaria (PCCM)** en establecimientos de Servicios de Salud Indígena o clínicas indígenas tribales o urbanas (I/T/U). Estas clínicas se consignan a continuación.
3. **Tarifa-por-servicio**. Si desea este servicio, puede concurrir a cualquier médico o proveedor que acepte su tarjeta de identificación médica de DSHS y que facture a DSHS por su atención.

Tribu	Condado	Nombre de la Clínica	Número telefónico
-Cualquier tribu	King	Seattle Indian Health Board	(206) 324-9360
-Cualquier tribu	Spokane	Native Health of Spokane	(509) 483-7535
Colville	Ferry	Inchelium Health Center	(509) 722-3331
Colville	Okanogan	Colville Indian Health Center	(509) 634-2900
Lower Elwah Klallam	Clallam	Lower Elwah Health Center	(360) 452-6252
Lummi	Whatcom	Lummi Tribal Health Center	(360) 384-0464
Makah	Clallam	Sophie Trettevick Indian Health Center	(360) 645-2233
Nooksack	Whatcom	Nooksack Community Clinic	(360) 966-2106
Port Gamble S'Klallam	Kitsap	Port Gamble S'Klallam Health Center	(360) 297-2840
Puyallup	Pierce	Takopid Health Center	(253) 593-0232
Quileute	Clallam	Quileute Health Center	(360) 374-9035
Quinalt	Grays Harbor	Roger Saux Health Center	(360) 276-4405
Shoalwater Bay	Pacific	Shoalwater Bay Tribal Clinic	(360) 267-0119
Spokane	Stevens	David C. Wynecoop Memorial Clinic	(509) 258-4517
Tulalip	Snohomish	Tulalip Tribes Health Center	(425) 651-4511
Yakama	Yakima	Yakama Indian Health Center	(509) 865-2102

¿Tiene preguntas? Llame a la línea de ayuda de Asistencia Médica de DSHS al 1-800-562-3022.